



# สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด

34-35 ถนนสามัคคีสุข 1 ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทรศัพท์ 074-313229 โทรสาร 074-436759 www.spssc-coop.com

## หนังสือขอรับโอนหนี้

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
เลขทะเบียนสมาชิก.....สังกัดหน่วย.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

### ยอมรับชำระหนี้ให้สหกรณ์ฯ แทน / ขอรับโอนหนี้แทน

นาย/นาง/นางสาว.....ผู้กู้ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็น ผู้ค้ำประกัน ซึ่งนาย/  
นาง/นางสาว.....ได้กู้เงินไปจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา  
จำกัด ตามสัญญากู้เงินเลขที่.....ฉบับลงวันที่.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกันขอรับโอนหนี้ดังกล่าวข้างต้นเนื่องจากผู้กู้ได้พ้นสภาพจากการ  
เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสงขลา จำกัด โดยยินยอมชำระตามเงื่อนไขใน  
สัญญาดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับโอนหนี้ ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่สหกรณ์  
(.....) (.....)

ถือใช้ มีนาคม 2559